

利用申込書

社会福祉法人 友伸福祉会
小規模多機能型居宅介護事業所 宛

申込年月日	年	月	日
申込者住所			
氏名			印
電話番号			
利用者との続柄			

介護保険法の規定に基づき、次により事業所に利用の申込をいたします。

フリガナ														
ご利用者の氏名	印													
生年月日	M・T・S	年	月	日	(満 歳)	男性	・ 女性							
住 所	〒													
電話番号	TEL													
介 護 度	要支援	1	・	2	要介護	1	・	2	・	3	・	4	・	5
介護保険被保険者番号														
介護保険認定状況	<input type="checkbox"/> 認定を受けている		認定年月日		令和	年	月	日						
	認定有効期限		令和	年	月	日	～	年	月	日				
	<input type="checkbox"/> 認定を受けていない		<input type="checkbox"/> 認定申請中		令和	年	月	日	申請					
担当ケアマネージャー	事業所名：			氏名：										
かかりつけ医療機関	TEL													
医療機関担当医師名														
障害者手帳	有	・	無	障害名 ()										
老人医療保険証	有	・	無											
ご家族の状況	氏名	性別	続柄	年齢	同居・別居	電話番号	備考							
身元引受人	住 所	〒												
	氏 名	続柄												
	連 絡 先													

※ 介護保険証のコピーを添付して下さい

ご利用申込時 心身状況表

身 体 状 況	視 力	普通 ・ 少し見えづらい ・ 弱視 ・ 全盲 ・ その他 ()
	聴 力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 [補聴器 有 / 無]
	言 語	普通 ・ やや不明瞭 ・ ほとんど不可 ・ その他 ()
	意思疎通	できる ・ ややむずかしい ・ むずかしい ・ その他 ()
	食 事	自立 (箸・スプーン) ・ 一部介助 ・ 全介助
	食事内容	主食 (米飯 ・ 粥 ・ ミキサー) 副食 (普通 ・ キザミ ・ ミキサー)
		水分摂取 (普通 ・ トロミ使用) 嫌いなもの :
	排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
		使用用具類 [尿器 ・ Pトイレ ・ バルーン ・ 紙パンツ ・ パット ・ 紙オムツ]
		日中 () 夜間 ()
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	着脱衣 (上)	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	着脱衣 (下)	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	床ずれ	有 ・ 無 状態 ()
歩 行	自立 ・ 一部介助 (手押し車 ・ 杖 ・ 歩行器) ・ 全介助 (車椅子) その他、歩行状態 ()	
麻 痺	有 (上肢 右 ・ 左 / 下肢 右 ・ 左) ・ 無 麻痺等の状況 ()	
心 身 状 況	性 格	朗らか ・ 親しみやすい ・ 几帳面 ・ わがまま ・ 頑固 ・ 短気 ・ 無口
	対人関係	拒否的である ・ 普通 ・ 協調的である
	認知症	・ 認知症なし ・ 日常生活に支障が見られるが、誰かが注意していれば自立できる ・ 日常生活に支障が見られ、介護を必要とする ・ 日常生活において支障があり常時介護を必要とする ・ 認知症などによる不適切行動 [徘徊 ・ 暴言/暴力 ・ 異食行為 ・ 昼夜逆転 ・ 不潔行為] その他 ()
健 康 状 態	病 歴	
	入院歴	
	服薬内容	
	現在の健康状態	
備 考	今までの生活の状況 :	
	現在の生活の状況他 (現在利用している福祉サービスなど) :	

記入日 R / /